

道志村「地域おこし協力隊員」応募用紙

平成 年 月 日

道志村長 様

住所
 応募者
 名前

印

道志村地域おこし協力隊の応募条件を承諾のうえ、次のとおり応募します。

ふりがな						写真を貼る位置 1. 大きさ 縦 40mm 横 30mm 2. 本人単身胸から上
名前						
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	才	性別	男・女	
ふりがな					電話 ()	
現住所	〒				—	
					携帯電話	
家族構成	配偶者 (有・無)		扶養者 (有・無) ※有の場合 (人)			
			自分との関係 (父・母・子 その他())			
職業	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 嘱託職員 <input type="checkbox"/> 派遣・契約社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 家事手伝い <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 短大生 <input type="checkbox"/> 専門学校生 <input type="checkbox"/> 職業訓練校生 <input type="checkbox"/> 就職活動中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() ※該当するものに☑をつけてください。 勤務先名・学校名 () 所在地 ()					
資格・免許等	・普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> AT限定 / <input type="checkbox"/> MT) <input type="checkbox"/> 無 ・インターネット、パソコン関連の資格 () ・その他 () ※該当するものに☑をつけてください。					
この応募に対する家族の理解度	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 本人の意思に任せる <input type="checkbox"/> 話をしていない <input type="checkbox"/> その他() ※該当するものに☑をつけてください。					
健康状態	現在の健康状態 () 身長 (cm) 体重 (kg) 視力 (右) (左) 血液型 (型) 病気をしたことがありますか(手術など) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名 期間) 過去、現在の疾病の状況について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名) ※該当するものに☑をつけてください。					

※ 応募用紙に記載された個人情報は、個人情報保護法に基づき厳正に管理します。